

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THESE

286
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Branislav ILITCH

Hérédo-syphilis et métrorragies

Président : M. MENÉTRIER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THESE

N°

256

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Branislaw ILITCH

Né le 27 juin 1895 à Pojarevatz (Serbie)

Hérédo-syphilis et métrorragies

Président : M. MENÉTRIER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	DEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABRE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETHRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHET	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ (A)
BLANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GULLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOULT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABRE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur MÈNÉTRIER

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

Monsieur le Docteur Paul DACHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
Témoignage de respectueuse reconnaissance.*

Hérédo-syphilis et métrorragies

CONSIDERATIONS GENERALES

Nous rencontrons des métrorragies qui nous paraissent au premier abord : tantôt d'origine banale, tantôt *essentielles*, mais qui en réalité, sont dues à la syphilis et en particulier à la syphilis héréditaire.

Nous ne sommes pas conduits d'emblée à incriminer l'hérédo-syphilis comme cause des métrorragies, car les métrorragies d'origine hérédo-syphilitique n'ont pas de symptômes caractéristiques ; au contraire, le plus souvent, nous ne commençons à soupçonner l'hérédo-syphilis qu'après avoir éliminé toutes les autres causes possibles susceptibles de produire les métrorragies. Parfois, ce sont des stigmates de dégénérescence que nous avons découvert chez le malade, qui nous conduisent au diagnostic. Ce sont les antécédents héréditaires et personnels des malades qui éveillent nos soupçons sur la possibilité de la syphilis héréditaire comme cause des métrorragies (P. Dalché).

En pratiquant l'examen de l'appareil génital des malades, quelquefois une lésion ou une anomalie d'allure banale nous permettent d'expliquer la cause des métrorragies, dans ce cas, toutefois, il peut arriver que rien ne nous autorise à affirmer du premier coup qu'il s'agit de la syphilis héréditaire (Ozenne). D'autre fois nous ne trouvons rien d'anormal anatomiquement. Dans ce dernier cas, pour expliquer la cause des métrorragies, jadis on invoquait la diathèse « qui n'est ni un être de

raison, ni un mot vide de sens ; c'est une réalité clinique. C'est un mot si l'on veut, mais ce mot représente une idée indispensable au praticien et qu'on ne peut pas désigner par une autre expression » (Grasset).

Actuellement, pour les faits qui nous intéressent dans ce travail, nous connaissons une autre expression, c'est l'*hérédo-syphilis* (P. Dalché).

La syphilis héréditaire peut ne se manifester par aucune altération ni anatomique, ni histologique, et dans ce cas, pour expliquer la cause des métrorragies, nous sommes forcés, avec Raymond Barthélémy, d'invoquer l'influence biopathologique de la *débilité glandulaire fonctionnelle*. D'autres fois, elle se traduit par des manifestations qui n'ont rien de spécifique.

« La syphilis ne fait pas que le syphilis, dit Fournier... je retrouve son influence dans les arrêts de développement, de déchéance de dystrophie ».

Fréquemment, les premiers effets de la syphilis héréditaire nous apparaissent au début de la transformation pubérale. A cette époque, les règles sont douloureuses, irrégulières, puis elles deviennent plus abondantes, véritables métrorragies. Si frappés par ces troubles nous pratiquons, à ce moment l'examen complet et minutieux des malades, nous constaterons que la cause de ces troubles de la menstruation est due à une altération fonctionnelle de l'ovaire : *débilité glandulaire*, maladie de l'ovulation, défectuosité de la sécrétion interne, etc., ou à une altération fonctionnelle des autres glandes à sécrétion interne comme la thyroïde, l'hypophyse, la surrénale.... etc., etc., ou encore à un retard, un arrêt ou toute autre anomalie dans le développement de l'appareil génital (P. Dalché).

Pour établir l'origine hérédo-syphilitique des métrorragies, nous nous appuyerons sur les stigmates de dégénérescence, sur les antécédents des malades, principalement et surtout sur le Wassermann positif et l'efficacité du traitement spécifique.

OBSERVATIONS

Observation 1

J. MAICHOTTE.. *Syphilis utérine tardive et métrorragie*
Revue de gynécologie et d'obsétrique 10 janvier 1923.

X... 30 ans. Antécédents : père mort jeune. Mère bien portante.

Comme maladies personnelles, à signaler la fièvre typhoïde à 4 ans, la rougeole vers 5 ans, de l'anémie vers 15 ou 16 ans.

Les règles apparurent vers 13 ans, furent irrégulières, non douloureuses, ne se produisant que tardivement, environ toutes les six semaines ; elles étaient plutôt abondantes.

Mariée à 21 ans, X... devient presque aussitôt enceinte. A la sixième semaine de cette première grossesse, elle aurait eu des hémorragies qui auraient duré deux mois. On aurait diagnostiqué une rétention du fœtus mort vers le 3^e mois, et procédé à une évacuation de l'utérus suivie de curettage. La notion d'une albuminurie concomitante nous empêcha de fixer notre attention sur l'étiologie syphilitique possible de cette mort fœtale in utero.

En 1914, une deuxième grossesse se serait terminée par avortement. Il y avait alors de la leucorrhée.

En 1918, à 26 ans, les règles deviennent très abondantes, durent huit jours, s'accompagnent de caillots. Il existe une abondante leucorrhée. Après quelques soins consistant en injections et repos relatif, X... est soignée par un de nos confrères qui fait une dilatation et pose des crayons caustiques dans la cavité utérine.

Après cette application, les règles manquent un mois. Puis, à l'occasion de leur réapparition, se produisent des métrorragies qui durent un mois. A nouveau, les règles se

montrent régulièrement, puis sautent un mois, enfin se reproduisent normalement.

En juin 1920, X... fait une cure à Luxeul. Peu après le retour, les règles se suppriment pendant deux mois. Puis apparaissent des pertes de sang noir peu abondantes, durant huit jours, s'arrêtant huit jours, et continuant ainsi par périodes alternantes d'une semaine. X... se plaignait alors de souffrir, mais modérément, du côté gauche du ventre, avec quelques irradiations le long de la cuisse correspondante.

X... vient nous consulter en novembre 1920. Après les données ci-dessus de l'interrogatoire, nous pensions avant tout examen gynécologique à la possibilité de métrorragie « post abortum » ou de métrorragie liée à des troubles endocriniens, car la région thyroïdienne était manifestement augmentée de volume.

Le toucher nous révéla un utérus de consistance et de volume normaux non fibreux, non scléreux, rétrofléchi et adhérent, flanqué de chaque côté de son fond de deux annexes très légèrement augmentées de volume ; la gauche, la plus petite, très légèrement douloureuse.

Il était vraisemblable de penser à des métrorragies réflexes liées à cette rétroflexion adhérente, et à la congestion annexielle, ou à une annexite bien légère. Nous prescrivîmes le repos le plus possible en decubitus ventral, les injections à 45-48°, les lavements chauds et les ovules, remettant à une date ultérieure et à l'évolution des légères lésions annexielles, des massages utero-abdominaux, tout en envisageant aussi pour l'avenir la possibilité d'une hystéropexie.

Le 24 décembre 1920, les lésions annexielles n'étaient plus perceptibles. Le lever eut lieu et les métrorragies reparurent.

Début janvier 1921, un de nos collègues appelé en consultation, remarqua le volume du corps thyroïde, le teint pâle de la malade, la petitesse particulière des veines. Il ne put prendre du sang pour faire un Wassermann que j'avais demandé ; il prescrivit un traitement hémato-éthéroïdien.

Le 9 janvier l'hypertrophie thyroïdienne s'était atténuée

sous l'influence du traitement. Mais les hémorragies utérines se montraient plus intenses, plus continues avec caillots noirâtres. L'état général se modifiant, les légères lésions annexielles ayant complètement disparu, je pratiquai le 16 janvier un curettage utérin. L'examen des débris ramenés par la curette ne révéla pas trace de débris déci-duaux.

Les règles de février et celles de mars furent régulières, sans caillots, mais toujours abondantes et durèrent six jours. La malade avait repris forces, couleurs et embonpoint. Les règles eurent alors à nouveau seize jours de retard, et après celles de mai, chaque jour, pendant trois semaines, se fit pendant la station verticale un léger suintement sanguin.

L'utérus cependant, était resté de même volume, et de même consistance ; il semblait que la rétroflexion était moins fixée, que les adhérences s'étaient assouplies, et qu'on pouvait partiellement mobiliser la matrice. Les annexes n'étaient pas perçues. Il n'y avait pas de congestion pelvienne, pas de constipation.

Malgré le repos et le traitement médical, les suintements persistèrent, puis s'accrurent, et en juin, les métrorragies reparurent.

Sollicité par l'entourage pour un traitement électrique, j'acquiesçai à cette proposition. Et courant juin, furent faites plusieurs séances de diathermie.

Tout d'abord, le traitement parut efficace. Les écoulements sanguins cessèrent, pendant des périodes de quinze jours, et X... put passer ses vacances à la campagne, incommodée seulement par des pertes sanguines insignifiantes. Mais, en décembre, les métrorragies se produisirent abondantes, ainsi qu'au début de 1922. Les séances de diathermie semblaient arrêter momentanément les hémorragies tout d'abord ; elles furent bientôt inefficaces, et on y renonça..

X... était au lit. Les hémorragies calmées momentanément par l'eau à 50° s'arrêtaient et se reproduisaient sans

cause. Des caillots noirâtres séjournèrent dans le vagin et étaient éliminés à chaque injection. Le pouls commençait à se modifier, la malade à se décolorer. Elle se plaignait d'asthénie et était très démoralisée.

C'est alors que je pensai plus précisément à la possibilité de la syphilis, et que je voulus tenter à nouveau le Wassermann, qui n'avait pu être fait, et essayer le traitement d'épreuve décidé, s'il n'agissait rapidement, à recourir à la stérilisation radiothérapique ou à l'hystérectomie. L'état général s'altérerait progressivement. Il n'y avait pas de temps à perdre.

Sur ces entrefaites, un échange de correspondance avec un distingué confrère provincial m'apprenait que le père de la malade avait eu des accidents syphilitiques du cerveau vers 40 ans, qu'il était mort prématurément, des complications cérébrales d'une sclérose cardio-renalé probablement syphilitique.

Dès lors, les métrorragies rebelles de la malade apparaissaient comme une manifestation presque évidente de syphilis utérine héréditaire.

Le Dr Lafontaine, que j'appelai, fit une prise de sang, difficile à cause de la grande exiguité des veines. Le Wassermann fut négatif. Lafontaine entreprit un traitement d'épreuve, et huit injections intra-veineuses du 914, une fois par semaine.

Au début du traitement, la malade saignait et était exangue.

Dès la première injection, les pertes diminuèrent ; après la troisième, elles cessèrent pour ne plus se reproduire.

La malade partit à la campagne. Elle put faire de longues promenades à pied, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans.

En résumé, nous voyons, que la malade dès ses premières règles montre une tendance aux hémorragies utérines. Et ceci n'est pas pour nous étonner, lorsque

nous savons que le moment de la puberté est une véritable mise à l'épreuve de l'organisme.

Une tare jusque là latente se montre à l'époque où tout l'organisme subit une transformation profonde qui sollicite son effort.

A l'âge de 20 ans, Mme X... se marie et devient aussitôt enceinte. Voici une occasion où l'appareil génital pourra démontrer son intégrité. Mais dès la sixième semaine de la grossesse surviennent des hémorragies. L'embryon meurt, et on fait un curettage. C'est à juste titre qu'à ce moment on hésita à poser le diagnostic, de l'hérédo-syphilis, vu l'albuminurie, et la possibilité d'une néphrite chronique.

Mais le fait qu'un an après une deuxième grossesse se termina par une fausse couche, sans cause apparente, cette fois, nous met sur la piste du diagnostic.

L'histoire se précise encore par le fait que en 1918 les règles devenaient très abondantes, puis se transforment en métrorragies rebelles à tous les traitements auxquels on a recours habituellement dans ces occasions ; ces métrorragies durent quatre ans.

Enfin, on apprend que la malade est une hérédo-syphilitique et malgré un Wassermann négatif on institue le traitement spécifique avec succès.

En somme, malgré une riche symptomatologie de l'origine syphilitique du syndrome, on n'y a pas pensé, parce que l'universalité des lésions que peut produire la syphilis n'est pas encore une idée habituelle, présente à l'esprit en toute occasion de diagnostic.

Observation II

Paul DALCHÉ. *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, 1922.*

Une jeune femme de 23 ans entrée dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pour des métrorragies.

Réglée à 14 ans, d'une façon irrégulière, dès l'âge de 16

ans, elle accuse de petites hémorragies indolores, dans la période intermanstruelle. A partir de 18 ans les pertes deviennent plus fréquentes et plus abondantes, au point qu'elle subit deux curettages, sans aucun résultat efficace, du reste, à 18 ans et demie et à 20 ans.

On lui trouve un utérus normal et dans chaque cul-de-sac, une petite nodosité, à peine grosse comme une amande mobile, fuyant sous le doigt, extrêmement douloureuse.

On diagnostique : ovarite menstruelle double avec prolapsus ovarien, par maladie de l'ovulation.

On met successivement en œuvre tous les traitements habituels, et ils échouent absolument les uns après les autres.

Quoique cette malade ne présente aucune trace et aucun motif de spécificité, par simple curiosité, on demande un Wassermann qui se montre positif.

Abandonnant toute autre médication, on prescrit alors une série de piqûres de novo-arsenobenzol.

Les pertes s'arrêtent comme par enchantement et ne reprennent plus.

On diagnostique alors une maladie de l'ovulation avec ovarite menstruelle secondaire d'origine syphilitique.

Le fait dominant est la persistance des métrorragies en dépit de tous les traitements habituels. L'examen de la malade ne révèle aucune signe de syphilis, et seulement par simple curiosité on recherche la réaction de Wassermann qui se montre positive. Voici un fait qui nous démontre qu'il faut toujours penser à la syphilis, et en particulier à la syphilis héréditaire, en face des métrorragies qu'aucune cause cliniquement appréciable ne peut expliquer.

Par le fait que la malade présente troubles d'origine syphilitique à la puberté, par le fait qu'on ne trouve dans ses antécédents aucun signe de syphilis acquise, nous croyons être en droit de considérer cette malade comme héredo-syphilitique.

Observation III

Paul DALCHÉ. *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, 1922.*

Une femme de 18 ans entre dans mon service pour des pertes de sang, et présentant des antécédents de scrofule avec des cicatrices au cou et aux bras.

Réglée à 14 ans, elle vit les deux premières époques régulières. Elle attendait la troisième, lorsqu'un soir elle fut prise d'un violent accès de fièvre accompagné de délire.

Deux nuits après, elle est réveillée par les plus vives douleurs au niveau des orbites et s'aperçoit que la vision a beaucoup baissé dans l'œil droit et a complètement disparu dans l'œil gauche. On lui fait des piqûres (?) dans les muscles fessiers, l'œil droit guérit, l'œil gauche reste perdu.

La clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu a posé le diagnostic d'irido-choroïdite ayant abouti à l'atrophie du globe oculaire.

Elle devient femme il y a six mois. Depuis cette époque les règles ont des retards, mais durent quinze jours et s'accompagnent de vives douleurs. Les dernières ne se sont pas arrêtées et cette perte incessante amène la malade à l'hôpital. On lui trouve un utérus petit, pubescent, une antéflexion pubérale et un prolapsus de l'ovaire gauche.

La malade, déflorée il y a six mois, ne présente aucune trace de syphilis récente ou en évolution. On fait la réaction de Wassermann qui est positive.

Comme unique traitement on prescrit des piqûres de novarsénobenzol. Les pertes s'arrêtent presque aussitôt.

Par précaution la malade fait plusieurs cures successives et revient pendant plusieurs mois. Sa menstruation est complètement régularisée; elle se considère comme guérie.

En résumé, il s'agit d'une malade chez qui les troubles menstruels puis les métrorragies sont survenus comme conséquence des premiers rapports sexuels.

On voit très nettement, chez elle, le rôle de cause

occasionnelle des rapports sexuels dans les métrorragies ; ils agissent, probablement, en produisant la congestion utérine.

La véritable cause des métrorragies se trouve, chez cette malade, dans les troubles du développement pubéral de l'appareil génital dus à l'heredo-syphilis.

Observation IV

Paul DALCHÉ. *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, 1922.*

Dans le courant de cet hiver je fus appelé auprès d'une demoiselle âgée de 42 ans, vierge, et qui se plaignait de métrorragies incroercibles, à tel point que le confrère qui demandait mon avis avait été obligé de pratiquer un tamponnement.

Réglée à 13 ans et demi, dès les premières menstruations, elle avait toujours eu des règles extrêmement abondantes, périodiques et sans douleurs, le sang coulait avec une profusion extrême, et une longue durée, sans aucun autre symptôme génital. Plusieurs fois il était survenu de persistantes métrorragies. A une époque cette demoiselle présenta toutes les apparences d'une véritable chlorose ménorragique, et une anémie qui fit descendre les globules à 3 millions, même un peu au-dessous, pour résister à tous les traitements.

Depuis trois semaines, le sang coulait d'une manière qu'on ne pouvait l'arrêter, et on constatait l'intégrité apparente absolue de tout le système génital.

On observait chez cette demoiselle une légère exophtalmie et une tachycardie très accentuée, un véritable syndrome basedowiforme, de nature thyro-ovarienne. On apprenait en même temps que la malade était une indiscutable syphilitique héréditaire, que dans son passé il y a plusieurs années, on avait vérifié la réaction de Wassermann positive et que, néanmoins, le traitement antisiphilitique était resté sans grand effet sur les métrorragies.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte de menorrhagies, datant de la puberté, c'est-à-dire, remontante à plus de 29 ans en arrière, et chez qui à l'examen de l'appareil génital, on ne trouve aucune altération cliniquement appréciable. En même temps, on a observé chez la malade le syndrome basedoroïforme thyro-ovarien.

En effet, cette menstruation défectueuse, d'une manière continue, dont le début date des premières règles, est probablement une conséquence des troubles endocriniennes ayant présidé au développement des ovaires, et dont il faut rechercher la cause dans l'hérédosyphilis.

On doit signaler aussi l'échec complet du traitement antisypilitique. Et ceci n'est pas pour nous étonner, car nous savons que contre une lésion constituée, aucun traitement ne peut rien faire.

Observation V

V. KUBINYI ET BELA JOHAN. *Zentralb. j. Gynük* 1922 n° 2.

(in gynécologie avril 1922).

Malade âgée de 29 ans, mariée depuis neuf ans, sans enfants, mais ayant fait une fausse couche, spontanée de trois mois au début de son mariage.

Elle est atteinte depuis un an et demie d'hémorragies profuses, qui persistent, malgré un curettage, et la rendent inapte à tout travail.

Pas d'antécédents. Sauf une arthrite du coude droit terminée par une ankylose. A l'examen on trouve une tumeur annexielle droite remplissant le Douglas et fixée. La laparotomie permet de faire une opération conservatrice (ablation simple des annexes droites) à la suite de laquelle la malade se rétablit.

Examen de la pièce : volumineux hydro-salpinx encerclant un ovaire augmenté de volume, et présentant sur une coupe deux zones grisâtres mal délimitées de la di-

mension d'une cerise dans le champ desquelles on voit deux petites nodules jaunâtres. Le tissu ovarique sain est presque totalement supprimé.

L'examen microscopique montre un tissu nécrotique parsemé d'éléments fibroïdes et de vaisseaux, sans cellules géantes : on pense donc à une gomme syphilitique. La nature de celle-ci fut confirmée par un examen suivant la méthode de Levaditi qui permit de déceler la zone puargivale de la gomme, des spirochetes nombreux et typiques.

Le diagnostic de syphilis fut confirmé cliniquement par la réaction positive de Wassermann, le mari ayant d'ailleurs un Wassermann négatif. La porte d'entrée ne put être décelée.

En résumé, voici une malade atteinte depuis un an et demi de métrorragies profuses, contre lesquelles rien ne réussit, même le curettage. Elle a fait une fausse couche spontanée, et son Wassermann est positif. Il est difficile de ne pas admettre chez elle l'hérido-syphilis vu l'absence des antécédents de la syphilis acquise et par le fait que son mari paraît exempt de syphilis. Il est vrai que nous sommes un peu gênés dans notre conclusion par le manque des antécédents héréditaires de la malade.

Nous devons attirer l'attention sur ce fait qu'on s'est dépêché à opérer une femme dont l'histoire donnait des fortes présomptions, pour un diagnostic de la syphilis.

Observation VI (inédite)

due à l'obligeance de M. le Docteur P. DALCHÉ.

Malade âgée de 30 ans, entrée à l'hôpital parce que ses règles étaient très abondantes et très douloureuses.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, ont eu 11 enfants dont 4 morts en bas-âge. Une sœur cependant à des règles abondantes. Antécédents personnels :

née avant terme à 7 mois. Régulée à 10 ans.. Les règles étaient fréquentes, longues, abondantes, et douloureuses avant l'apparition. Elles venaient toutes les trois semaines et duraient huit à dix jours. Taille très grande. Anémie avec syncopes très fréquentes. La malade est de tempérament nerveux et de constitution faible. A 17 ans, à la suite d'un froid, les règles se sont arrêtées, puis sont réapparues plus abondantes.

Mariée à 27 ans, dès ce moment les règles sont devenues plus abondantes et plus douloureuses. La malade a fait deux fausses-couches, une de deux mois, l'autre de quatre mois. Depuis un an, la malade a des maux de tête fréquents, vomissement à jeun, perte d'appétit.

A l'examen : toucher et spéculum ne révèlent rien. Dents écartées et déchaussées.. Wassermann partiellement positif.

Elle n'a jamais présenté aucun accident pouvant faire croire à une spécificité acquise.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a des troubles menstruels dès la puberté. Mariée elle fait deux fausses-couches et les règles deviennent plus abondantes.

Elle est intéressante pour nous démontrer une fois de plus, le rôle cause occasionnelle du mariage et de grossesse dans la production des métrorragies.

Il est à remarquer chez cette malade l'absence apparente de lésions pouvant expliquer ces pertes sanguines.

Observation VII

D. A. SIREDEY (*in syphilis héréditaire de l'âge adulte.*)

E. Fournier).

Malade âgée de 34 ans, fille d'un père syphilitique et mariée à un homme exempt de syphilis. Après de nombreuses fausses-couches, elle parvint, grâce à un traitement pendant sa grossesse, à avoir deux enfants, dont l'un naquit avec un dystrophie d'un bras qui était très inférieur de volume et

de taille, à l'autre bras; et dont l'autre vint au monde indemne.

Or, cette femme, fut prise quelques années après, de métrorragies fréquentes et considérables. Après trois crises hémorragiques violentes elle commença à souffrir du ventre d'une façon habituelle.

Elle consulta alors le Dr A. Sirdey, qui diagnostiqua sur elle une sclérose utérine, et ne met pas en doute un rapport étiologique entre ces accidents et son état hérédosyphilitique.

A l'examen : l'utérus était assez volumineux avec un col hypertrophié, et tout à fait dur.

On prescrit le traitement anti-syphilitique en suite duquel la malade se trouve beaucoup mieux, voire guérie.

Cette observation nous met en présence d'une malade dont l'histoire est nettement syphilitique. Le symptôme qui nous intéresse, les métrorragies, apparaît parmi les derniers chaînons de cette longue chaîne d'accidents. Mais ce qui arrête notre attention, ce sont les trois crises hémorragiques violentes observée chez cette malade. On doit aussi remarquer, chez la malade, la sclérose de l'utérus consécutive à l'hérédosyphilis.

Probablement il s'agit ici d'un de ces cas de métrorragies consécutives à des lésions des vaisseaux sanguins de l'utérus.

Observation VIII.

BARTHÉLÉMY (*in syphilis héréditaire de l'âge adulte*

E. FOURNIER).

Une jeune fille de 20 ans qui n'avait éprouvé jusqu'alors aucun accident de son hérédité spécifique (père incontestablement syphilitique) est prise brutalement d'une lésion gommeuse de la jambe, lésion dont la nature syphilitique n'a pas paru un seul instant douteuse.

Un traitement spécifique est aussitôt prescrit qui fait justice de la lésion, cela avec une rapidité significative.

Or, en l'espèce, ce traitement eut pour résultat non seulement de guérir la gomme de la jambe, mais encore de guérir deux états morbides concomittants à savoir : 1° des maux de tête persévérants, remontant à plusieurs années et qui, jusqu'alors étaient vaguement rapportés à une céphalalgie de croissance, 2° une dysmenorrhée habituelle, compliquée de métrorragies qui duraient huit jours en épuisant par leur abondance et leur répétition.

Des médications de tous genres (notamment ergot de seigle, toniques variés, hydrothérapie), avaient été prescrites contre ces divers accidents, mais avaient échoué, complètement. Seul, le traitement mercuriel parvint du premier coup à dissiper ces accidents.

Voici une malade dont l'hérédité spécifique est incontestable. Son cas est très instructif en ce que les métrorragies rebelles à toutes les médications furent rapidement arrêtées par le traitement spécifique.

Elle est aussi très typique pour montrer qu'une règle de sagesse s'impose lorsqu'on se trouve en présence des métrorragies rebelles aux médications ordinaires et n'ayant pas une raison d'être bien définie, c'est de penser à la syphilis.

Observation IX

JONKOVSKY (*in Thèse de Goldenstein, Paris 1918*).

Métrorragie des organes génitaux d'un nouveau-né du sexe féminin, considérée comme phénomène pathologique.

L'enfant est venue au monde le 15 février, bien constituée, et de poids normal. Asphyxie combattue avec succès. Rien d'anormal pendant les trois premiers jours.

Au quatrième jour, survient une forte diarrhée, et en

même temps une hémorragie des organes génitaux. L'enfant perdait peu de sang, mais d'une manière continue.

Le 20 février, l'enfant a succombé. A l'autopsie on constate la syphilis congénitale. A l'examen microscopique on constate une hyperthémie assez considérable du gros intestin, et gonflement des ganglions mésentériques. Dans le fond de l'utérus on aperçoit des hémorragies.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de la syphilis congénitale. On constate des hémorragies multiples sous la muqueuse de l'utérus. Dans plusieurs endroits la couche de l'épithélium est interrompue, et le sang arrive dans la cavité utérine. On rencontre des hémorragies autour du capillaire de la couche musculaire. La muqueuse de l'utérus est infiltrée. Les veines à la limite de la couche musculaire sont très dilatées et bourrées d'érythrocytes. Les artères présentent des modifications communes aux endartérites chroniques. Par-ci, par-là, on trouve des petites artères oblitérées.

Cette observation, est particulièrement intéressante, par le fait qu'on ait pu rechercher la base anatomo-pathologique des pertes.

Il est à retenir que l'hérédo-syphilis produit parfois des métrorragies par des lésions vasculaires au niveau de la matrice.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En étudiant les observations, nous avons constaté que l'hérédo-syphilis a produit les métrorragies, soit par des affections siégeant sur l'utérus ou ses annexes, soit en touchant les organes en dehors du système génital.

On observe assez rarement ces lésions ou ces troubles localisés uniquement dans un organe ; en général, la cause des métrorragie est plutôt complexe et siège dans plusieurs organes. Néanmoins, il n'est pas moins vrai qu'on peut observer, surtout au début, la cause des métrorragies comme étant strictement localisée sur un organe comme : utérus, ovaire..., etc.

Dans ce chapitre, nous essayerons d'exposer très sommairement toutes les causes, d'origine hérédo-syphilitique, susceptibles de produire les hémorragies utérines.

Nous divisons ces causes en :

1. Causes siégeant au niveau de l'appareil génital.
2. Causes siégeant en dehors du système génital.

I. CAUSES SIÉGEANT AU NIVEAU DE L'APPAREIL GÉNITAL.

1° Causes utérines.

a) *Infiltration gommeuse.* — Dans le cas de l'infiltration totale, l'utérus subit une augmentation et se présente sous forme d'une tumeur dure, ronde, légèrement noueuse, avec disparition des culs-de-sac, lesquels sont le siège d'une tuméfaction résistante au toucher (Franceschini in Ozenne).

Dans d'autres cas, l'infiltration n'est que partielle.

Cette infiltration gommeuse de l'utérus a été prise, par erreur de diagnostic, pour une tumeur maligne (Ozenne).

b) *Gommes proprement dites*. — Ces gommes se développent, soit isolées, soit disséminées, ou groupées sous forme de tumeurs circonscrites. Comme dimensions, tantôt ce sont de petites tumeurs du volume d'un pois ; tantôt des tumeurs du volume d'un œuf de pigeon. Comme nombre, il peut n'en exister qu'une seule ou plusieurs disséminées sur différents points de l'utérus. Elles offrent une consistance ferme, résistante, surtout dans leur période de formation. Ces gommes subissent, soit un ramollissement et une ulcération, soit une transformation scléreuse. Cette dernière forme simule très souvent un fibrome de l'utérus (Laffont).

c) *Ulcérations fongueuses intra-utérines*.

Voici ce que dit Franceschini de cette lésion :

« Dans ces cas, la surface intérieure de l'utérus est plus ou moins ulcérée ; la muqueuse peut présenter des végétations, des creux inégaux, des fongosités avec suintement séreux ou purulent, parfois même hémorragique. Le corps utérin est grossi uniformément, et il est toujours indolent. On peut rencontrer en même temps une tuméfaction œdémateuse du vagin et une atrophie du canal cervical. Le râclage explorateur de l'utérus peut fournir un abondant matériel fongueux, qui à l'examen, montre une muqueuse en grande partie dégénérée et nécrotique avec des infiltrations étendues parvicellulaires dans la paroi utérine. »

d) *La sclérose de l'utérus*. — Franceschini distingue les états suivants qui correspondent à autant de formes cliniques :

Forme d'artérite syphilitique sans altérations macroscopiques appréciables dans la forme et dans le volume de l'utérus.

Cette forme est caractérisée surtout par les métrorragies abondantes (Laffont).

Forme de sclérose commençante locale ou générale avec induration ligneuse de l'utérus.

Forme d'hypertrophie utérine maxima.

Cette hypertrophie est caractérisée par l'induration et le volume de l'utérus, par la congestion douloureuse et par les métrorragies.

Forme d'atrophie avec un utérus infantile, aux parois musculaires presque disparues, un peu confuses et perdues dans les adhérences péritonéales.

Cette forme est caractérisée par l'atrophie de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux et de la muqueuse utérine, par la leucorrhée ou par les métrorragies.

Ce qui domine dans la sclérose de l'utérus, c'est l'altération constante des vaisseaux, altération des tuniques vasculaires aboutissant à l'oblitération partielle, et finalement à la rupture, cause des métrorragies (Ozenne).

e) *Il faut noter aussi comme cause possible des métrorragies*, quoique observée très rarement, la variété d'endométrite tertiaire désignée sous le nom de syphilide végétante et papillomateuse (Barthélémy).

En étudiant les lésions ci-dessus, on a constaté que dans toutes ces formes, les parois des vaisseaux étaient plus ou moins gravement altérées.

Pour expliquer les métrorragies produites par ces lésions localisées uniquement sur l'utérus, nous croyons, qu'il faut chercher la cause dans les altérations des vaisseaux sanguins.

On conçoit bien qu'un organe, qui comme la matrice, est le siège de congestion vaso-motrice périodique, si fréquente y soit bien facilement exposé sous l'influence de causes accidentelles : gommes, sclérose, etc., et qu'une excitation autre que celle dont le point de départ se trouve dans l'ovaire puisse la provoquer.

On comprend facilement que sous l'influence d'une poussée congestive, les parois d'une artériole peuvent céder, ce qui produit une métrorragie abondante.

f) *Malformation utérine.* — De toutes les malformations

utérines il nous paraît, que c'est surtout : les arrêts de développement, l'utérus infantile, l'utérus pubescent antéfléchi ou rétrofléchi que l'on rencontre le plus souvent dans le cas qui nous intéresse, comme causes des métrorragies.

Pour expliquer ces métrorragies on a invoqué : la congestion entretenue par la position vicieuse de l'organe, les difficultés circulatoires... et en effet, la plupart des causes qu'on invoque pour expliquer les métrorragies dans les déviations acquises.

Nous supposons de plus qu'il faut, dans le cas qui nous intéresse, attribuer les métrorragies en grande partie aux troubles des ovaires (P. Dalché).

II. Causes tubaires

La salpingite syphilitique héréditaire peut être unie ou bilatérale comme le prouvent les observations de Bouchard, de Lepine, de Wasilieff et la nôtre.

On a observé plusieurs formes de lésions susceptibles de produire les métrorragies.

a) *Forme gommeuse*, dans laquelle les trompes sont augmentées de volume, couvertes d'adhérences péritonéales, et dont les parois sont parsemées de gommes de volumes variables et parfois ulcérées.

b) *Forme scléro-gommeuse* plus fréquente que la précédente (Wassilieff). Elle est caractérisée par de multiples gommes de volumes variés dissimulées sur tout l'organe et par la transformation fibreuse des trompes.

c) *Forme scléro-kystique*. — Elle englobe ces cas où l'on trouve des kystes cloisonnés, de volume variable, de contenance séreuse ou séro-hémorragique. Parfois les trompes subissent la transformation scléreuse hyperthrophique. Dans ce cas les trompes dépassent du double ou triple le volume normal (Wassilieff).

III. *Causes ovariennes*

L'ovaire est fréquemment atteint en même temps que l'utérus et les trompes, mais il peut l'être seul (Laffont).

Les troubles qui résultent de la localisation ovarienne sont généralement plus marqués que ceux qui accompagnent l'hérédosyphilis utérine, cela est en rapport avec les fonctions beaucoup plus importantes de l'ovaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion des ovaires, c'est l'altération de ses vaisseaux sanguins qui présentent les lésions classiques de l'artérite spécifique.

Sous l'influence de ces troubles vasculaires et par suite de l'irritation qui en résulte, il se produit la sclérose de l'ovaire. A cet état scléreux s'ajoute assez fréquemment la production de kystes à contenu séreux ou séro-hémorragique (Laffont).

Plus rarement enfin, au voisinage des vaisseaux oblitérés, il se forme des gommes. Elles peuvent exister seules, mais coexistent le plus souvent avec les lésions scléreuses en formant l'ovaire scléro-gommeux, d'où il résulte quelquefois à cause de leur évacuation, des adhérences avec les organes voisins (Ch. Fouquet).

L'hérédosyphilis cause aussi une maladie d'ovulation, secondaire aux altérations vasculaires dans certains cas, mais primitive dans d'autres et commandant alors aux accidents des vaisseaux et du tissu conjonctif et dont la conséquence est la sclérose ou l'ovaire scléro-kystique (P. Dalché).

Avant de donner les différentes opinions sur le mécanisme des métrorragies d'origine ovarienne, nous croyons utile d'exposer très brièvement le rôle de

l'ovaire dans les hémorragies physiologiques de l'utérus c'est-à-dire les menstruations.

Entre toutes les théories, sur ce sujet, nous n'en exposerons que trois qu'on considère actuellement comme classiques.

1.) *Théorie réflexe défendue par Pouchet en France et par Pfüger en Allemagne.*

Dans cette théorie, l'ovaire agit sur l'utérus par l'intermédiaire du système nerveux. La ponte a lieu à la fin des règles. C'est le follicule de de Graaf qui, en grossissant, excite les terminaisons nerveuses se trouvant dans l'ovaire. Cette excitation est transmise à l'utérus où elle produit la congestion, puis l'hémorragie.

Cette théorie est actuellement abandonnée.

2.) *Théorie du corps jaune.* — Cette théorie reposait sur les travaux de Bouin, Simon, Fraenkel, Ancel, et Villemin et paraissait définitivement démontrer le mécanisme des menstruations.

D'après cette théorie ce sont les produits de sécrétion interne des corps jaunes qui congestionnent l'utérus. Quand le corps jaune est à la période d'état, la congestion de l'utérus est à son maximum. Si l'ovule n'est pas fécondée, l'hémorragie utérine apparaît. Dans le cas contraire, elle regresse et les règles n'apparaissent pas.

Ces derniers temps, cette théorie si séduisante, reposant sur des observations précises a donné lieu à de nombreuses objections. Halban, Mlle Mulon et tout récemment Schikele sont arrivés par leurs recherches personnelles à des résultats tout à fait opposés à ceux de Villemin et Fraenkel.

Ils ont constaté des corps jaunes en pleine période d'état plusieurs jours après les règles, et ils ont vu des menstruations se produire sans qu'il y ait dans les ovaires trace de corps jaunes.

Ces faits expérimentaux ébranlent beaucoup la théo-

rie du corps jaune, pour ne pas dire qu'ils la détruisent.

3) *Théorie de la glande interstitielle.* — Cette théorie a été soutenue depuis quelques années seulement, surtout par les travaux de Forgue, de Massabuau, de Sappey et de de Ronville.

Paul Sappey à propos de cette théorie dit : « L'élément noble de l'ovaire est représenté d'une façon générale par les cellules luteiniques ; or, celles-ci ne sont pas l'apanage exclusif du corps jaune. Il est actuellement démontré qu'elles existent aussi dans les follicules de de Graaf tant en voie d'évolution qu'en état d'atrésie. Que ces cellules soient des cellules du corps jaune ou des cellules luteiniques de la thèque, ce sont elles qui agissent par leur sécrétion interne sur l'utérus, ayant sur lui une action vaso-dilatatrice et hémorragique, sans qu'il soit possible dans l'état actuel de nos connaissances de déterminer la part exacte qui revient à chacun de ces éléments. Toutefois, l'analogie de la structure entre les cellules interstitielles et les cellules du corps jaune, les phénomènes de suppléance anatomique, qui sont indubitables pendant la grossesse rendent vraisemblable l'hypothèse qu'il n'y a pas de différence fondamentale dans leur rôle physiologique. »

Paul Sappey a essayé, dans sa thèse, de démontrer le mécanisme de certaines hémorragies utérines d'origine ovarienne.

Voici les conclusions auxquelles il a abouti :

« 1° La menstruation est due à la sécrétion interne de l'ovaire formé par les cellules lutéiniques, que celles-ci soient des cellules interstitielles de la thèque interne des follicules ou des cellules du corps jaune.

2° Un hyperfonctionnement exagéré de cette fonction glandulaire produira l'hémorragie pathologique. Un fonctionnement moyen laissera une menstruation normale. Un hypofonctionnement entraînera l'amenorrhée.

Il n'y a entre ces divers états qu'une question de degrés dans le nombre et la valeur sécrétante des cellules luteiniques..

3° Dans l'interprétation de cette valeur sécrétante, seul l'examen histologique peut donner des renseignements précis. »

Sappey prétend que c'est uniquement l'hyperfonctionnement des cellules luteiniques qui produit des hémorragies utérines. Il ne fait aucune allusion à la qualité de produits de sécrétion de ces cellules.

Il prétend aussi que l'hyperplasie des cellules luteiniques correspond fatalement à l'hyperfonctionnement glandulaire.



Raymond Barthélémy dit : « Nous sommes en droit de nous demander si l'hérédo-syphilis n'est pas capable de produire des lésions infiniment discrètes de ces glandes si mystérieuses encore, des lésions non plus anatomo, ni même histo, mais liopathologiques... »

L'hérédo-syphilis peut être la cause de débilité glandulaire ».

La débilité glandulaire de l'ovaire, si elle se traduit par des arrêts de développement et de dystrophie, peut souvent rester aussi une débilité fonctionnelle (P. Dalché).

A l'époque pubérale, les phénomènes de la croissance en ce qui concerne la taille, l'évolution de l'habitude du corps, l'apparition des caractères secondaires de la sexualité, dépendent de l'influence morphogénique de l'ovaire, que cette glande partage avec d'autres endocrines (P. Harvier).

Il n'est pas besoin que cette glande soit altérée par une lésion anatomique, il suffit qu'elle le soit par un fonctionnement défectueux dû à la débilité glandulaire pour que nous voyions apparaître certaines manifesta-

tions comme des arrêts ou des perversions dans la croissance (P. Dalché):

On conçoit bien que sous l'influence d'un bouleversement biologique comme la puberté, la sécrétion interne des ovaires déjà en débilité fonctionnelle peut subir un trouble dans son fonctionnement et se manifester par l'hyper ou l'hypofonctionnement. Les conséquences de ces troubles sont, entr'autres, soit les métrorragies, soit l'aménorrhée (P. Dalché).

Gley croit plus à la déviation fonctionnelle, à l'élaboration défectueuse et au passage dans le sang de substances toxiques plus ou moins modifiées, qu'à l'hypo ou à l'hypersecrétion, pour expliquer les phénomènes dus aux troubles de la sécrétion ovarienne.

Aussi, il ne faut pas abuser trop des hyperovaries et des hypoovaries, bien qu'elles existent, et souvent il faut se borner à la dysovarie, c'est-à-dire aux troubles dans le fonctionnement de l'ovaire.

« Parfois on voit des jeunes filles réglées tard; puis, après la puberté, leurs époques retardent, viennent toutes les six semaines, tous les deux mois; puis surviennent des règles très abondantes et même des pertes entre les règles. Quand on les examine on trouve des symptômes, les uns qui paraissent relever de l'hyper et d'autres de l'hypofonctionnement des ovaires. » (P. Dalché.)

Nous devons aussi tenir compte de l'utérus car l'ovaire et la matrice sont solidaires. Hutinel et Maillet pensent que les ménorragies ou les métrorragies suivies des règles retardées et irrégulières ne traduisent pas seulement un développement imparfait des ovaires, mais parfois une évolution anormale de l'utérus. L'abondance des ménorragies n'est pas plus caractéristique d'une suractivité ovarienne que leur pauvreté d'une insuffisance fonctionnelle.

D'après ces auteurs, ces anomalies indiquent seule-

ment que la fonction ovarienne ne s'exerce pas normalement et que la fonction utérine s'en trouve modifiée.

En somme, l'hérédo-syphilis est susceptible de produire, à côté des lésions massives qui détruisent tout ou partie de l'ovaire, le déséquilibre dans les fonctionnements des ovaires, dont une des principales manifestations est la ménorragie ou la métrorragie.

II. CAUSES SIÉGEANT EN DEHORS DE L'APPAREIL GÉNITAL

Nous voyons des métrorragies survenir chez des malades dont l'appareil génital nous paraît sain, ou du moins ne porte que des lésions si minimes et inappréciables qu'elles ne peuvent expliquer des métrorragies. Mais à l'examen de ces femmes nous constatons qu'elles présentent soit des troubles des glandes endocrines en dehors du système génital; soit des troubles rénaux, hépatiques, cardiaques..., etc., que l'on peut attribuer à la syphilis héréditaire.

Ces métrorragies doivent faire rentrer quelques hérédosyphilitiques dans la classe des fausses utérines. (P. Dalché.).

Actuellement il paraît démontré, par des preuves expérimentales physiologiques ou anatomiques, que les glandes vasculaires sanguines font dans leur ensemble un véritable appareil, un système endocrinien, dont les différents éléments sont entre eux dans une étroite dépendance.

A propos des glandes vasculaires sanguines P. Harrier dit : « Elles sont unies les unes aux autres par des relations fonctionnelles de synergie, d'antagonisme ou de suppléance telle : que la lésion d'une seule entraîne des modifications de plusieurs autres. »

« L'hérédo-syphilis atteint précocement les glandes à sécrétion interne. Cette atteinte chez les sujets qui ne

succombent pas, peut se traduire par les syndrômes classiques et même par tous les syndrômes glandulaires moins tranchés. » (R. Barthélemy.)

Parfois l'hérédo-syphilis frappe l'ovaire en même temps que d'autres glandes endocrines pour constituer d'emblée un syndrome pluri-glandulaire. D'autres fois la thyroïde est atteinte la première, ou l'hypophyse... etc., glandes dont on connaît l'importance dans l'évolution du système génital et le fonctionnement des ovaires. Les troubles fonctionnels des ovaires surviennent dans ces cas comme des phénomènes secondaires. (P. Dalché.)

« La débilité ovarienne, héréditaire ou acquise, n'est pas toujours primitive; elle peut être secondaire à des atteintes des autres glandes vasculaires sanguines, thyroïde, surrenales, hypophyse, etc....

L'intégrité de la fonction génitale donne jusqu'à un certain point la mesure de la vitalité de l'individu. » (Hutinel.)

En somme, l'hérédo-syphilis est capable de produire des métrorragies, par l'intermédiaire des troubles des glandes vasculaires sanguines en dehors du système génital.

Le professeur Fournier, E. Fournier et tant d'autres ont démontré que l'hérédo-syphilis peut frapper tous les organes de l'économie.

Nous ne pensons pas étudier toutes les lésions susceptibles de produire la métrorragie, mais nous devons attirer l'attention sur une remarque de P. Dalché à propos des métrorragies consécutives aux troubles rénaux, hépatiques, etc... dues à l'hérédo-syphilis :

« Parfois, cette cause est très difficile à découvrir car la syphilis héréditaire du cœur, du rein, du foie, etc., ne s'impose pas toujours au diagnostic par des signes caractéristiques pour cette raison, il faut la rechercher d'une manière systématique. »

Des congestions répétées, des hémorragies font de l'utérus un terrain très favorable pour la pullulation des microbes et la malade finit par être atteinte d'endométrite, de salpingite, de déviation..., etc. Mais, on conçoit bien que l'infection n'est pas forcément indispensable; les poussées d'hyperémie, les œdèmes de la muqueuse, les dilatations vasculaires persistantes, ayant comme conséquence des troubles de nutrition, sont suffisants pour produire des altérations organiques.

En somme, les métrorragies dues aux troubles siégeant en dehors de l'appareil, par leur répétition, finissent par provoquer des lésions anatomiques au niveau des organes génitaux dont la conséquence est d'entretenir des métrorragies déjà existantes. Alors, la femme cesse d'être exclusivement une fausse utérine; elle est transformée en véritable utérine. (P Dalché).

SYMPTOMATOLOGIE

En étudiant l'étiologie on doit remarquer la diversité des lésions hérédosyphilitiques incriminées comme causes des métrorragies.

Tantôt, la cause se trouve dans l'utérus ou les trompes ; tantôt ce sont les troubles des ovaires ou d'autres glandes vasculaires sanguines qu'on doit incriminer. Souvent chacune de ces causes donne un caractère particulier aux métrorragies.

Pour cette raison, et pour faciliter la description, nous essayerons de décrire ces métrorragies d'après leur origine.

Les métrorragies produites par des lésions siégeant au niveau de l'utérus font, parfois, brusquement irruption, et en très grande abondance. Dans ce cas, elles n'offrent aucune régularité ni au point de vue de quantité de sang, ni au point de vue de leur apparition ; tantôt elles paraissent fréquemment, tantôt elles ne se répètent qu'à plusieurs semaines d'intervalle (Laffont).

Le début brusque et l'abondance de l'hémorragie sont considérés par quelques auteurs (Laffont, Mouchotte) comme un signe de présomption en faveur de la syphilis, et dans le cas qui nous intéresse de l'hérédosyphilis.

Franceschini prétend qu'il faudrait toujours rapporter à la syphilis les cas de décès rapides consécutifs à des métrorragies n'ayant pas de cause reconnue.

Parfois les métrorragies ne s'installent que graduelle-

ment, ce sont les pertes qui suivent la menstruation de si près qu'elles peuvent être confondues avec les règles.

Au début ces pertes ne durent que quelques jours, puis, à chaque époque menstruelle elles augmentent en quantité et en durée jusqu'à occuper, au bout de quelques mois, toute la période intermenstruelle.

A cette époque, par le repos, par le curettage ou les autres médications qu'on applique dans pareil cas, on peut arrêter ces pertes sanguines. Cet état d'amélioration ne dure pas longtemps, et au bout de quelques semaines, les métrorragies réapparaissent pour résister à tout traitement habituel (Ozenne).

Notre première observation est un cas typique de ces métrorragies.

Les métrorragies ont leur maximum d'intensité dans les ulcérations fongueuses intra-utérines et surtout dans la forme d'angiosclérose de l'utérus (Laffont).

A l'examen de l'utérus, parfois, on ne trouve que peu de modification de sa forme, de son volume ou de sa direction. Ce sont le cas où les gommès sont petites, de nombre restreint, et certains cas de sclérose atrophique et d'angio-sclérose. Dans d'autres cas, au contraire, comme : l'infiltration gommeuse, la sclérose hypertrophique, l'utérus pubescent., etc, on trouve à l'examen de l'utérus des signes physiques qui éveillent les soupçons et orientent l'esprit vers le vrai diagnostic (Laffont).

E. Ozenne a observé que quelquefois les métrorragies sont précédées d'un écoulement muco-purulent blanc-jaunâtre, qu'on doit attribuer à un catarrhe utérin.

Toutes ces métrorragies peuvent être arrêtées si leur origine hérédosyphilitique est reconnue, et le traitement spécifique appliqué de bonne heure. Dans le cas contraire, par leur abondance, par leur répétition, elles

produisent une anémie et de l'affaiblissement qui peuvent aboutir à une véritable cachexie (Ozenne).

Les métrorragies dues à des lésions localisées uniquement au niveau des trompes sont très rares, car on observe le plus souvent et en même temps des lésions, soit au niveau des ovaires, soit au niveau de l'utérus. Ces métrorragies, ordinairement, ne s'installent pas d'emblée. Ce sont des phénomènes de dysménorrhée qui ouvrent la scène ; les règles sont difficiles, douloureuses, abondantes, prolongées. Au bout d'un certain temps, ces ménorragies ne tardent pas à se compliquer de métrorragies, résistantes aux traitements habituels (Laffont).

A l'examen des organes génitaux on trouve les cul-de-sac latéraux sensibles, on sent à leur niveau les trompes augmentées de volume et douloureuses.

Wassilieff pense que le caractère important pour le diagnostic réside dans la douleur provoquée au niveau des artères pelviennes : épigastrique, utérine, vaginale, honteuse interne, fémorale.

Dans le cas où les métrorragies sont produites par les troubles ovariens, il est assez rare qu'elles surviennent brusquement. En général, dès la puberté on assiste chez ces malades à des règles douloureuses, fréquentes, longues et abondantes. Au début ces ménorragies ne durent que quelques jours, mais plus tard elles deviennent plus abondantes et plus longues, pour occuper, au bout de quelque temps, tout l'espace intermenstruelle. (P. Dalché.)

On a signalé, que ces métrorragies sont accompagnées, parfois, de douleurs sourdes, obtuses et ne se manifestant que par une gêne pénible que les malades ressentent dans la fosse iliaque ou dans la région sus-pubienne. Elles augmentent d'acuité au moment des poussées congestives mais ne donnent presque jamais des irradiations (Ozenne).

On a observé que, fréquemment, chez ces malades, surviennent des troubles des glandes vasculaires sanguines extérieures au système génital, qui se manifestent par des syndrômes ovaro-thyroïdien, ovaro-surrenalique, etc. (P. Dalché.)

Paul Dalché a attiré l'attention sur certaines jeunes filles, les unes de petite taille, aux hanches et aux seins très peu développés, à la mine souffreteuse, les autres au contraire grandes et même trop grandes, aux membres trop longs, au thorax étroit, cylindrique. Ces dernières surtout portent une épaule plus haute que l'autre, une hanche plus saillante...

« Ces grandes filles lentes, molles, toujours fatiguées, souffrant de céphalées menstruelles, de céphalées de croissance, présentent des maladies de l'ovulation ou des retards dans le développement génital, qui ont souvent pour conséquence des métrorragies.

Beaucoup de ces jeunes filles sont hérédosyphilitiques et leur état est parfois amélioré par le traitement spécifique. »

A l'examen de l'appareil génital, parfois on trouve, soit d'un côté, soit des deux, l'ovaire augmenté de volume, arrondi, lisse, mobile, de consistance assez dure, et peu douloureuse. Tout autour il n'y a ni empatement ni tuméfaction (Laffont).

D'autres fois, l'examen local ne nous révèle rien d'anormal, qui puisse nous orienter vers le vrai diagnostic. Dans ces cas où nous ne relevons chez les malades d'autres troubles que les métrorragies, on est induit quelquefois en erreur et on considère ces métrorragies comme essentielles (P. Dalché).

Les métrorragies dues aux troubles des glandes vasculaires sanguines étrangères au système génital sont accompagnées des syndrômes pluriglandulaires : ovaro-thyroïdien, ovaro-surrenalique, ovaro-hypophysaire, etc. Dans les antécédents de ces malades on trouve que le

début de l'affection était marqué par les troubles de glandes endocrines autres que l'ovaire, et ce n'est que plus tard que les troubles de la sécrétion interne ovarienne se sont surajoutées pour constituer les syndrômes : ovaro-thyroïdien, ovaro-hypophysaire... etc.

Il est hors de notre sujet de décrire ces différents syndrômes dans lesquels on observe très souvent des métrorragies.. Néanmoins, nous devons insister sur le fait que ces métrorragies sont précédées par les troubles menstruels et par des ménorragies et aussi sur le point que le plus souvent on ne trouve rien d'anoŕmal au niveau des organes génitaux. (P. Dalché).

L'hérédo-syphilis en frappant des organes tels que : le foie; les reins, le cœur... etc., peut produire des métrorragies, soit par les troubles de la nutrition, ou d'une altération du sang; soit par les troubles circulatoires, etc..

La symptomatologie de ces métrorragies est surtout marquée par les troubles des organes primitivement atteints. Les organes génitaux, surtout au début, nous paraissent sains ou du moins ne portent que des lésions insignifiantes (P. Dalché).

* * *

En étudiant la symptomatologie des métrorragies d'origine hérédo-syphilitique, nous n'avons constaté aucun signe clinique qui nous permette de diagnostiquer d'emblée et à coup sûr ces métrorragies. En général, les symptômes relevés à l'examen des malades n'ont rien de caractéristique; ce sont des signes banaux qu'on trouve dans de nombreuses affections gynécologiques...

On doit se rappeler ce qu'a écrit le professeur Fournier à propos de la symptomatologie des lésions syphilitiques des viscères : « S'il est une vérité bien établie » par les recherches modernes, c'est que la syphilis est

» bien loin de se traduire, partout et toujours, par des
» symptômes spéciaux. Elle n'en a que pour ses mani-
» festations extérieures, appréciables à l'œil, mais elle
» n'en a pas en tant qu'expression d'accidents viscéraux.
» Alors qu'elle affecte les viscères, elle ne se traduit
» que par des troubles fonctionnels d'ordre commun. Je
» mets au défi qu'on cite, à propos des viscéropathies
» spécifiques, un seul symptôme spécial qui n'appar-
» tienne qu'à la syphilis, que la syphilis soit seule à
» produire... Je mets au défi, par exemple, que, dans la
» syphilis cérébrale, si éminemment féconde en mani-
» festations les plus diverses, on trouve un seul trouble
» fonctionnel qui relève en propre de la syphilis comme
» origine, et qui permette de dire : « Cette encéphalopa-
» thie est sûrement de nature syphilitique ». Et de
» même pour les viscéropathies spécifiques, qui inté-
» ressent le cœur, le poumon, le foie, les reins,... etc.
» Et, en vérité, il ne saurait en être autrement. Un
» viscère qui souffre n'a pas une plainte spéciale, adop-
» tée à la nature de telle ou telle cause qui l'a rendu
» malade. Il se plaint et ne peut se plaindre qu'à sa
» façon, et toujours de la même façon (ou bien peu s'en
» faut), quelle que soit la nature de son mal.

» En tout état de cause, il traduit sa souffrance par
» des troubles fonctionnels, qui ne sauraient avoir rien
» que de banal. Qu'on se rappelle à ce propos une très
» spirituelle comparaison d'un auteur anglais : « Lésée
» dans son organisme, une montre n'a pas plusieurs ma-
» nière de traduire sa lésion. Elle la traduit toujours
» par une marche dérégulée, puis par un arrêt, que se soit
» un cheveu, un grain de sable ou le traumatisme d'un
» de ses rouages qui ait été l'origine première de sa
» lésion. »

» Exiger d'elle (syphilis) des symptômes spéciaux,
» c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais et à
» ne la reconnaître qu'à l'autopsie ».

S'il n'est aucun signe clinique qui puisse faire reconnaître et affirmer la nature hérédosyphilitique de ces métrorragies ce n'est pas une raison pour nier leur existence. On peut citer nombre de maladies qu'on n'hésite pas à diagnostiquer, bien qu'elles soient privées de symptômes pathognomoniques.

Pour établir le diagnostic de métrorragies hérédosyphilitiques, il faut chercher les signes dans les antécédents des malades. On doit porter son attention sur la recherche des stigmates de dégénérescence et surtout de ceux réputés pour indiquer une forte probabilité en faveur de la syphilis héréditaire tels que : dents d'Hutchinson, dent en tournevis, kératite, surdité..., etc. Nous devons surtout baser le diagnostic sur le Wassermann positif et sur l'efficacité du traitement spécifique, pourvu toutefois qu'on n'ait pas affaire à une spécificité acquise.

En général, un bon moyen de rattacher les métrorragies à l'hérédosyphilis, c'est d'y penser dans tous les cas où aucune cause apparente ne vient les expliquer.

DIAGNOSTIC

En étudiant la symptomatologie nous avons vu que les métrorragies d'origine hérédosyphilitique comme telles n'ont rien de caractéristique, ou peu s'en faut, qu'elles sont presque les mêmes que dans tous les autres états pathologiques des organes génitaux. Pour les rattacher à la syphilis et en particulier à l'hérédosyphilis, il faut y penser dans tous les cas où aucune cause apparente ne vient les expliquer.

Avant d'accepter l'étiologie de la syphilis héréditaire, nous devons soumettre nos malades à un diagnostic des plus sévères pour éliminer la syphilis acquise.

Paul Dalché pense qu'on observe très souvent, chez les femmes atteintes par la syphilis acquise, des métrorragies sans lésions cliniquement appréciables et qui guérissent par un traitement antisiphilitique.

On éliminera la syphilis acquise si on constate : une absence de l'accident de la spécificité acquise, des antécédents héréditaires, des stigmates de dégénérescence. • Quelques maladies générales peuvent prêter à confusion pour le diagnostic, comme par exemple : toutes les maladies hémorragipares chroniques, puis les maladies du cœur, des poumons, des reins, du foie, les affections nerveuses à tendance congestive... etc., toutes dues à d'autres causes que l'hérédosyphilis.

La symptomatologie de chacune de ces affections permettra de rattacher les métrorragies à leur véritable origine.

Dans les cas de métrorragies des adultes ou de métrorragies virginales consécutives à un fonctionnement défectueux de glandes vasculaires sanguines telles que l'ovaire, la thyroïde, l'hypophyse, surrenales, etc... et dues à d'autres causes que l'hérédo-syphilis, on fera le diagnostic d'après Wassermann, les stigmates de l'hérédo-syphilis et le succès du traitement spécifique.

L'hémophilie familiale est susceptible de produire des métrorragies et de mettre la confusion dans nos recherches pour le vrai diagnostic.

Dans ces cas, le retard de la coagulation, l'accroissement prolongé du temps de saignement expérimental, la diminution de la rétractilité du caillot et souvent l'augmentation de la cholestémie sérique (Emile Weil) dirigeront notre esprit vers le vrai diagnostic.

La métrite hémorragique est susceptible de simuler parfois les hémorragies hérédo-syphilitiques. Mais cette métrite est précédée très souvent d'une métrite aiguë, d'un avortement ou d'un accouchement. Il est vrai que chez les jeunes filles, elle est souvent due à de la chlorose, à de l'anémie, quelquefois aussi à une altération polypeuse de la muqueuse, qui par certains de leurs caractères ont des points d'analogie avec les ulcérations fongueuses tertiaires. (P. Bégouin.)

Dans ces cas, c'est la rapide curabilité du traitement antisyphilitique et le Wassermann positif qui nous conduiront au diagnostic.

Un petit polype de la muqueuse utérine est cause parfois de métrorragies très abondantes sans qu'aucun signe nous révèle son existence. (P. Dalché.)

L'inefficacité du traitement antisyphilitique et le curtage nous montreront la cause de ces métrorragies.

A propos de l'épithélioma, Ozenné dit : « Il y a plus souvent qu'on ne le croit une ressemblance apparente entre la syphilide tertiaire ulcéreuse et l'épithélioma à la phase d'ulcération. Cette confusion n'a rien de sur-

prenant, si l'on pense que les deux affections offrent une physionomie anatomo-pathologique ayant de nombreux points communs. Que de lésions, disait Ricard, réputées comme l'affreux cancer, ont été guéries contre toute prévision par le traitement de la vérole ».

C'est l'âge de la malade, la cachexie précoce dans l'épithélioma et surtout le Wassermann positif et l'efficacité du traitement spécifique qui apporteront une confirmation au diagnostic émis sur la spécificité de ces métrorragies.

Une gomme non ulcérée au niveau du col, ou de nombreuses gommès siégeant dans les parois utérines accompagnées de métrorragies, peuvent simuler des métrorragies causées par les fibromes.

Dans ces cas, Laffont prétend qu'on doit baser le diagnostic sur le volume plus grand, sur la consistance plus ferme et sur l'isolement plus net du fibrome. Mais, surtout, il faut, dans les cas douteux, faire le diagnostic après la réaction de Wassermann et essayer le traitement spécifique.

Les métrorragies produites par la salpingite d'origine banale ou tuberculeuse seront éliminées par les antécédents des malades et par le Wassermann.

Wassilieff prétend que la provocation de la douleur par la pression sur les trajets des artères pelviennes est un symptôme capital pour le diagnostic de la salpingite syphilitique.

Les métrorragies consécutives aux ovarites chroniques non syphilitiques seront éliminées : par l'existence des douleurs, par la coïncidence de symptômes d'endométrite ou de salpingite, à moins que l'on n'ait des raisons de supposer une double action simultanée infectieuse. Le Wassermann et le traitement antisiphilitique feront le diagnostic.

Les métrorragies produites par des affections tubercu-

leuses au niveau des organes génitaux sont à leur début d'un diagnostic presque impossible (Vincent).

J.-L. Faure à ce propos dit : « Il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et parfois même au cours seulement des examens histologiques des pièces que celle-ci aura permis d'enlever.

En pratique, les symptômes se confondent absolument avec d'autres affections chroniques de l'appareil génital dont il est à peu près complètement impossible de la distinguer. »

Les lésions pulmonaires, ganglionnaires ou osseuses d'origine tuberculeuse, l'inoculation au cobaye des exsudation génitales recueillies au col utérin ainsi que l'ont recommandé Ianin et Violet, le séro-diagnostic tuberculeux fixeront, peut-être, sur l'origine tuberculeuse des affections.

Les antécédents héréditaires et personnels, les stigmates hérédo-syphilitiques, le Wassermann positif et le succès du traitement spécifique démontreront l'origine syphilitique des métrorragies en question.

PRONOSTIC

Le pronostic est relativement bénin quand la cause des métrorragies est de bonne heure reconnue hérédosyphilitique, car par le traitement spécifique énergique on peut, parfois, les arrêter, avant qu'elles n'aient eu de fâcheuses conséquences sur l'état général. En même temps que nous arrêtons les métrorragies, par le traitement précoce et énergique, nous guérissons, parfois, l'hérédosyphilis avant qu'elle n'ait eu le temps de produire les lésions définitives, soit au niveau du système génital, soit en dehors de lui ; car « nous pouvons aider l'évolution pubérale et la mettre dans la bonne voie, bien plus facilement que modifier des retards, des arrêts et des malformations au bout de dix ans et plus ». (P. Dalché).

Le pronostic devient plus grave si la cause de ces métrorragies n'est pas reconnue de bonne heure. Les métrorragies, rebelles à tout traitement habituel, par leur abondance et leur répétition peuvent produire une déchéance progressive qui conduit, parfois, à la cachéxie très grave (ozenne). La syphilis héréditaire non traitée, de son côté, se trouve dans la possibilité de produire des lésions définitives et d'entraver le développement des organes et en particulier des organes génitaux.

Les métrorragies consécutives à ces divers troubles sont caractérisée par leur résistance à tous les traitements, y compris le traitement spécifique, parce que l'affection se trouve dans un état trop avancé, trop définitif, pour bénéficier du traitement. « On ne stimule

pas un retard de développement, on ne guérit pas une maladie de l'ovulation chez une femme de trente ans, comme chez une jeune fille de 18 ans dont la transformation pubérale est à peine terminée ou est en voie d'évolution » (P. Dalché).

Quelquefois, le pronostic est très grave, même fatal, comme dans ce cas, heureusement très rare, cité par Franceschini, où la malade est emportée en peu de temps par des métrorragies foudroyantes.

TRAITEMENT

Le traitement des métrorragies hérédo-syphilitiques n'offre rien de spécial au point de vue purement spécifique ; pour cette raison, nous laisserons cette question de côté.

Il existe, peut-être, au point de vue gynécologique, des méthodes adjuvant locales ou générales ; mais, nous croyons que ce n'est pas dans le domaine de notre sujet de traiter ces diverses méthodes. Néanmoins, nous devons signaler le très bon effet de l'apothérapie comme traitement adjuvant dans quelques cas de métrorragies accompagnées de troubles des glandes vasculaires sanguines (P. Dalché).

SYPHILIS HEREDITAIRE DE SECONDE GENERATION

Nous ne saurons mieux faire que citer ce qu'a dit E. Fournier à propos de ce sujet :

« 1° Il existe une syphilis héréditaire de seconde génération.

» 2° La syphilis de seconde génération subit une léthalité considérable dans cette seconde génération, léthalité qui va jusqu'à anéantir les deux cinquièmes de la descendance.

» 3° La syphilis héréditaire de seconde génération se traduit le plus souvent, dans les quatre cinquièmes des cas, par des stigmates dystrophiques semblables en tous points à ceux de l'hérédité prime.

» 4° La syphilis héréditaire de seconde génération se traduit parfois par des symptômes virulents, mais cela d'une façon infiniment plus rare et dans une proportion que je puis évaluer à 14 pour 100 ».

CONCLUSIONS

I. La syphilis héréditaire doit être rangée parmi les causes des métrorragies.

II. Il n'existe aucun signe clinique caractéristique qui permette de diagnostiquer d'emblée et à coup sûr l'origine hérédo-syphilitique des métrorragies.

III. Chaque fois qu'on se trouve en présence de métrorragies rebelles à tous les traitements habituels, penser à la syphilis héréditaire.

IV. Essayer un traitement d'épreuve, même dans les cas où aucune preuve ne vient à l'appui de l'origine hérédo-syphilitique de ces métrorragies.

Le Doyen,
ROGER.

Le président de la thèse,
MÉNÉTRIÉR.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert Robin et Paul Dalché. — Gynécologie médicale. Paris 1922.
- Arrivat (M.) — Les hémorragies géitales, d'origine ovarienne. Discussions pathogéniques et thérapeutiques. *Gaz. des hôp.* 1914, p. 1371, et 1411.
- Barthélemy (T.). — Syphilis tertiaire, acquise ou héréditaire, des organes génitaux internes de la femme. *Congr. de Paris*, 1900..
- Barthélemy (R.). — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. *Thèse de Paris*, 1919.
- Dalché (P.). — Métrorragies dans les maladies du cœur et du foie. *Soc. Méd. des hôp.*, janvier et sept. 1897.
- Métrorragies et salpingite syphilitique *Gaz des hôp.* 13 juin 1905.
 - Métrorragies et syphilis. *Bulletin Médec.*, 30 juin 1906.
 - Hyperovarit. Métrorragie virginale. *Gaz. des hôp.*, 3 juillet 1906.
 - Métrorragies de croissance. *Revue de Gynec. et Obst.*, 1921.
 - Dysovarie. *La Gynecologie*. Juillet 1922.
 - Opothérapie et Maladies des Femmes. Octobre 1921, *Sciences Médicales*.
 - De quelques métrorragies. *Revue Franç. de Gynec. et d'Obstétrique*, Juin 1921.
 - Annexités non infectieuses Maladies de l'Ovulation, Paris, 1921.
 - De quelques métrorragies dites « essentielles ». *Concours médical*, avril 1923.
- Dalché (P.) et Fouquet (Ch.). — Syphilis de l'ovaire. *Semaine gynéc.*, avrit, 1913.

- Fournier (A.). — De la syphilis chez la femme. *Gaz. des hôp.*, mars 1881.
- Fournier (Ed.). — Les stigmates de l'hérédo-syphilis. Paris, 1911.
- Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive. Paris, 1907.
- Syphilis héréditaire de l'âge adulte. Paris, 1912.
- Franceschini (J.). — Ménorragie et Métrorragie d'origine syphilitique. *Della clin. ostét.*, ann. VII, 1905.
- La métrorragie d'origine syphilitique, Livorno, 1911,
- Gaucher (Er.). — Les manifestations viscérales de l'hérédo-syphilis. *Gaz. des hôp.*, décembre 1904.
- Guillemot. — Des métrorragies syphilitiques. *Journ. de Médec.* de Paris, 1907.
- Gley (E.). — Physiologie, 4^e édition, Paris, 1919.
- Quatre leçons sur les sécrétions internes. Paris, 1921.
- Hutinel. — Syphilis héréditaire et dystrophies. *Archive de méd. des Enfants*. Février 1920.
- Harvier (P.). — Pathologie des glandes endocrines. Paris 1921.
- Jouen. — Syphilis des trompes et des ovaires. Th. Paris, 1905.
- Kolliareswky (G.). — Etudes sur les métrorragies d'ordre réflexe et congestif. Th. Paris, 1908.
- Kubinyi (V) et Bela Johan. — *Zentralb. f. Gynük.*, 1922, n° 2.
- Laffont. — La syphilis tertiaire, acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes. *Annales des mal. ven.* Janvier 1909.
- Levaditi et Sauvage. — Pénétration du treponema pallidum dans l'ovule. *Acad. des Scienc.* 15 octobre 1906.
- Méyer (P.). — La Syphilis des organes génitaux internes de la femme. *Deuts. Mediz. Woch.*, 1913, n° 4.
- Mouchotte (J.). — Syphilis utérine tardive et métrorragie. *Revue franç. de Gynéc. et d'Obst.* Janvier 1923.
- Ozenne (E.). — A propos des métrorragies d'origine syphilitique. *Soc. des chir. de Paris*, 14 oct 1910.
- Hérédo-syphilitiques et traitement spécifique. *Soc. de Médec. de Paris*, 1908.
- Métrorragies, d'origine syphilitique chez une hérédo-syphilitique, *Soc. des chir. de Paris*, octobre 1919.
- Parosz. — Métrorragie syphilitique, *Pest. Mod.-Chir. Presse*, mai 1911.

- Roulland (H.). — Un cas de métrorragies syphilitique. *Soc. des Chir. de Paris*, Février 1920.
- Siredey et Faure (J.-L.). — Traité de gynécologie médico-chir., Paris, 1911.
- Sappey. — Origine ovarienne de l'hémorragie utérine. *Thèse de Montpellier*, 1921-1922.
- Rouville et Sappey. — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaine hémorragie utérine. *II^e congrès d'assoc. de Gynec. et Obstetr. de langue française*, oct. 1921.
- Rouville et Sappey. — Mécanisme de mastriation. *La Gynécologie*, Août 1921.
- Verchère. — A propos des métrorragies d'origine syphilitique. *Soc. des chir. de Paris*, 21 octobre 1910.
- Vignal (A.). — Métrorragies dites « Essentielles », *Thèse*, Paris.
- Wassilieff. — Essai clinique sur les salpingites syphilitiques. *Soc. Médec. IX^e arr. Paris*, 9 juin 1904.



